

Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri

Developmental features of family medicine as a discipline in our country

Okay Başak¹

Özet

Aile hekimliğinde tartışılmalı birçok konu ve eğilim bulunmaktadır; ülkemizde bunları farklı bağlamda ve zamanda yeniden yaşamaktayız. Bu tartışmalardan doğru sonuçlar çıkarmak, uygulama alanı ve akademik yapılanmasıyla aile hekimliğini doğru anlamayı gerektirir. Bunun için de aile hekimliğinin ortaya çıkış özelliklerini ve kimlik arayışını iyi değerlendirmek durumundayız. Aile hekimliğinin gelişim süreci ülkemizde kendine özgü dinamikler göstermektedir. Bu dinamiklerin farkına varmak, onları iyi tanımlamak ve anlamak, aile hekimliği disiplininin gelişiminin önündeki sorunların çözümünü kolaylaştıracak ve dolayısıyla ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamağının güç kazanmasını sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, gelişimsel özellikler, Türkiye.

Summary

There are many issues and trends controversial in family medicine; we repetitiously experience these at different time and context in our country. Inferring correct results of these controversies requires understanding family medicine correctly with its practice and academic dimensions. So, we need to look over the origins of family medicine and its identity seeking. The developmental process of family medicine in Turkey has been disclosing specific dynamics. Realizing, describing and understanding these dynamics will make simpler to resolve the developmental problems of family medicine and therefore, will strengthen the primary care of our health care system.

Key words: Family medicine, developmental features, Turkey.

Günümüzde ülkeler, sağlık sistemlerini sürekli yeniden düzenleme çabası içindedirler. Çünkü maliyetler giderek yükselmektedir ve sunulan sağlık bakımının kalitesi genellikle beklentilerin ve gereksinimlerin altındadır. Oysa sağlık hizmeti sunumunun örgütlenmesine ilişkin reform girişimlerine baktığımızda, üretilen çözümlerin ve yapılan modellemelerin hiç de uygun ve soruna odaklı olmadığını görmekteyiz. Bunlar genellikle insanlardan çok hastalıklar üzerine odaklanan, parçaları güçlendirerek bütünü geliştirmeye çalışan çözümlerdir. Yani ağırlık sistem uzmanları tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişimi artırma üzerinedir.^[1] Ülkemizde 20. yüzyılın son on yılı boyunca tartışılan ve 21. yüzyılın ilk on yılında uygulama alanı bulan “sağlık reformları” hep ikilem içinde kalmıştır: Bir yandan birinci basamağı (BB) yeniden örgütleyerek güçlendirmeyi, geliştirmeyi hedeflerken, diğer yandan sistem uzmanı sayısını artırarak ve hastaneleri yaygınlaştırarak hastane hizmetlerini

geliştirmeyi öne çıkarmıştır. Son yılların sağlıkta insan gücü planlamasına ve tıpta uzmanlık eğitimi asistan kadrolarına baktığımızda bu ikilem açıkça görülmektedir.^[2] Üstelik sağlık politikalarını belirleyenler ve sağlık yöneticileri bunu hekim sayısındaki yetersizliğe ilişkin söylemlerine karşın yapmışlardır. Paradoks içinde paradoks!

Bu zıtlıklar tüm dünyada sağlık sistemlerini geliştirme çabalarının önünü tıkamaktadır. Sağlık hizmeti sunumu kalitesindeki yetersizlikler ve boşluklar gerçekten sistem (hastane) uzmanlarının sunduğu bakıma erişimdeki sıkıntılarla mı ilişkilidir? Maliyetler neden yükselmekte ve bakım kalitesi neden düşmektedir? Sağlık sistemlerini yeniden düzenleme sürecinde uygun çözümler geliştirmek, ancak tüm bu soruların doğru yanıtlarını bularak olasıdır. Öte yandan sağlık politikalarını değerlendirirken onlara yön veren analizleri ve saptamaları bilmek de önemlidir. Sağlık ve sağlık bakımındaki paradoksların temelinde farklı düzeylerdeki analizleri aynı bakış açısıyla

¹⁾ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Aydın

yapma yaklaşımı yer almaktadır. Sunulan sağlık hizmetlerinin hastalıklar, bireyler ve topluluklar düzeyindeki etkilerini ve çıktılarını tek tek hastalıklara sunulan hizmetleri değerlendiren alışılmış biyomedikal araç ve yöntemlerle değerlendiremeyiz.^[1]

Oysa kanıtlarda sorun yoktur; giderek daha çok çalışma kronik somatik ve/veya mental rahatsızlığı olan hastalar için genel tıpçılar ve hastane uzmanları arasındaki ortak bakımla optimal olduğunu göstermektedir. En kaliteli ve maliyet etkili sağlık hizmetleri, aile hekimlerinin görev aldığı birinci basamağın iyi örgütlendiği ve güçlü olduğu sağlık sistemlerinde gerçekleşmektedir.^[1,3-6] Sağlık bakımının çoğunluğunun sürekli, kişiye odaklı, bağlamla ilişkilendirilmiş ilişkiler aracılığıyla sunulması bakımın entegre edilmesini ve akut ve kronik rahatsızlık, koruyucu, psiko-sosyal ve aile bakımı olarak önceliklendirilmesini sağlayabilmektedir.^[1] Bir uzmanlık alanı ve tıp disiplini olarak ortaya çıkarken aile hekimliği, maliyetlerdeki artış durdurmanın ve azaltmanın bir aracı olarak da görülmüştür.

O halde aile hekimliği (AH) nedir ve nasıl ortaya çıkmıştır? Ülkemizdeki gelişmeleri iyi anlayıp doğru analizler yapabilmemiz için yaklaşık yarım yüzyıllık bir tarihi olan aile hekimliğinin kökenlerini, ortaya çıkış bağlamını ve temel felsefesini iyi bilmemiz ve anlamamız gerekmektedir.

Aile Hekimliğini Anlamak

Aile hekimliğinde tartışmalı birçok konu ve eğilim bulunmaktadır; ülkemizde bunları farklı bağlamda ve zamanda yeniden yaşamaktayız. Kim olduğumuz, görevlerimiz ve geleceğimiz gibi bazı temel kalıplar ve motifler bu tartışmaları sürüklemektedir. Kavramsal örgütsüzlük içinde gerek akademik gerekse uygulama düzeyinde birçok sorunla boğuşmaktayız. Bu sorunların üstesinden gelmemizin yolu tartıştığımız sorulara açıklık getirmekten, onların arka planlarını iyi irdelemekten geçmektedir. İçimize bakmalıyız, kendimizi değerlendirmeliyiz ve sonuçlar çıkarmalıyız.

Uzmanlık öğrencisi arkadaşlarımız “ne olacak halimiz” anlamında disiplinimizle ilgili sorular sorduğunda onlara hep şunu söylemişimdir: “Önemli olan kendinizsiniz. Siz kendinizi geliştirmeye bakın. Uzmanlık eğitimi size yeni bir şeyler kazandırıyor devam edin!” Kendimizi anlamamız ve dahası kendimizi anlama tarzımız oldukça önemlidir. Ne yaptığımızı ve ne yapacağımızı büyük ölçüde belirleyen budur. Bunun bir adım sonrası kendimizi değerlendirme tarzımızdır. Bize yöneltilen eleştiriler, uzmanlığımıza yönelik kısıtlamalar, emeğimizin değersizleştirilmesi gibi durumlar kendimizi nasıl değerlendirdiğimizle yakından ilişkilidir. Her ne kadar karşı çıksak da bunların doğru olduğuna inanırsak ve kendi kişiliğimizden emin değilssek yanlış algılara ve çözümlere yönelebiliriz.^[7]

Hepimiz kaçınılmaz olarak aile hekimliği hakkında bir kavrayış geliştiriyoruz. Her zaman bilincine varmasak

da günlük çalışmalarımızın birçok alanında aile hekimliğini anlamaya çalışıyoruz: AH nedir, ne değildir? Bugünkü durumu, sorunları nelerdir? Nasıl bir geleceğe doğru gidiyor? Aile hekimliğinin ne olduğuna ilişkin kendi deneyim ve kavrayışımız doğal olarak günlük tartışmalarımıza, bu tartışmalarda savunduğumuz görüşlerimize yansımaktadır. Aynı konuda o kadar çok farklı şeyler öne sürebilmekteyiz ki bu durum aile hekimliğine nasıl baktığımız ve onu kavrayışımız konusunda ortaklaşma gereksinimi olduğunu ortaya koymaktadır.

Aile hekimliği ilkelerini ve özelliklerini söylem düzeyinde giderek daha iyi öğrenmekte, anlamakta ve ifade edebilmekteyiz. Bununla birlikte uygulamada henüz bu özellikleri yeterince uyguluyor değiliz! Kuramı öğrenme çabamız var; ne yapılması gerektiğini biliyoruz. Ancak kronik hastalıkların ve çoklu rahatsızlıkların yönetimi ve kontrolü, bireye sunulan bakımın koordinasyonu, hasta uyumunun artırılması, yaşam tarzı değişiklikleri ve davranış değişikliği oluşturma gibi aile hekimliğinden dolması beklenen sağlık hizmet sunumundaki temel bakım boşlukları sürmektedir.

Öte yandan ülkemizdeki AH adına olan gelişmeleri anlamlandırmada ve yorumlamada da sorunlar yaşamaktayız. Kavramsal düzeydeki anlayışımızı günlük uygulamaya ve güncel durumlara uyarlamada ve aile hekimliğini içselleştirmede zorlanıyoruz. Tartışılan konulara ve bunlara ilişkin dile getirilen görüşlere baktığımızda açıkçası aile hekimliğini yeterince anladığımızdan kuşkuluyum.

Bugün yaşadığımız birçok tartışmanın temelinde aslında, bizim temel kimliğimiz ve temel kimliğimizle ortaya çıkan kimlik sorunlarımız, kimlik bunalımlarımız yatmaktadır. Belli başlı klinik konuları daha iyi ya da en azından ilgili dal uzmanı kadar iyi yönetebileceğimiz iddiası bizim temel savımız olamaz. Aile hekimleri olarak bizler bireylere sunulan bakımın farklı yüzlerinde daha iyi işlev görebiliriz; bunları öne çıkarmalıyız. Birey olarak hastayı daha iyi tanıyabilir ve anlayabiliriz. Bireyin kendi bakım sürecine katılımını daha iyi sağlayabilir ve maliyet-etkili uygulama yapabiliriz. Bizim sağlık hizmeti sunumuna özgün katkımız bunlar olacaktır. Sonuç olarak, diğer disiplinleri etkilemeye ve kendimizi kanıtlamaya çalışmaktan çok, aile hekimliğinin genel tıbbı katkısını değiştirmeye ve artırmaya çalışmalıyız.

Aile Hekimliği ve Kökenleri

Bu nedenle öncelikle aile hekimliğinin kısa tanımını hatırlatmakla başlamak istiyorum. Aile hekimliğini en kısa şekliyle kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık olarak tanımlamaktayız.^[8] Burada iki temel boyut söz konusudur:

- Akademik ve bilimsel yön
- Uygulama yönü

Bu bileşenleri yeterince kavramadan kendimizi, bugünümüzü ve gelecekle ilgili hedeflerimizi tanımlamak pek olası değildir. Akademik ve bilimsel bir disiplin olarak, alanımızla ilgili bilgi üretmek, daha sonra ürettiğimiz bu bilgiyi yaygınlaştırmak ve yaymak, yeni nesillere bunu öğretmek durumundayız. Yani araştırma, bilginin yayılması ve eğitim akademik boyutun üç alt bileşeni olarak kendini göstermektedir. Disiplinimizi bir diğer boyutuyla, birinci basamak yönelimli bir uzmanlık alanı olarak tanımlamaktayız. Bu da AH uygulamasında, aile hekimliğinin kendine özgü ilke ve özellikleriyle gerçekleşen uygulamasında kimlik bulmaktadır. Aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişimiyle ilgili bazı tanımlamaları ve saptamaları yapabilmek için bu ikisini biraz açmak gerekir. Ama ondan önce AH nasıl ortaya çıktı, Aile Hekimliğini ortaya çıkaran dinamikler nedir, Aile Hekimliği bir disiplin olarak ortaya çıkarken nasıl bir süreç yaşandı, bunları kısaca özetlemekte yarar görüyorum.

Çok genel yaklaşımla AH, tarihsel genel pratisyenliğin 1960'lardaki rönesansı ya da modern dönüşümü, ya da bu dönüşümü tamamlayan modern tıpta yeni bir hekimin ortaya çıkışı olarak ifade edilmektedir. Başta Büyük Britanya, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda ve ABD olmak üzere özellikle İngilizce konuşulan endüstrilemiş ülkelerde o, genel pratisyenliğin modern dönüşümünü ya da tıptaki sınır tanımayan uzmanlaşma ve teknoloji kullanımı ortamında böyle bir rol üstlenen yeni tıpta bir hekimin ortaya çıkışını temsil etmiştir.^[9]

Öte yandan AH bir meslek olarak yalnızca tıbbın temel varsayımlarını yeniden ele alarak gelişmemiştir; kısmen daha erişilebilir ve daha kişisel bakıma olan toplumsal gereksinime ve baskılara yanıt olarak ortaya çıkmıştır.^[10] Yani bir anlamda aile hekimliğinin bir disiplin olarak ortaya çıkması ya da tarihsel genel pratisyenliğin aile hekimliği adı altında disiplinleşmesi toplumsal bir gereksinimden doğmuştur. Yeni bir teknolojinin, temel tıp bilimlerini araştırmasının ya da bedeninin alt sistemlerinin ya da yaş gruplarına yönelik bir takım gereksinimlerin ortaya çıkardığı bir disiplin değildir. Sunulması gereken bir işleve dayalı uzmanlık olarak aile hekimliği, kısmen tıbbi hizmetlerin daha iyi ve daha eşit dağılması, özellikle kırsal bölgelerdeki yoksun kesimlerin tıbbi bakıma erişiminin artması yönündeki toplumsal gereksinim algısına yanıt olarak ve kısmen de aşırı uzmanlaşma ve buna bağlı maliyetlerdeki artış sorunlarının düzelticisi olarak gelişmiştir.^[9] Aile hekimliğinin ortaya çıkışında etkili olan toplumsal reform sürecinin de bir sonucu olarak sosyal bilimlerin hekimlik uygulamasına ve tıbbi düşünme tarzına etkisi söz konusudur. Sosyal bilimler özellikle aile dahil bireyin içinde yaşadığı bağlamın sağlık ve rahatsızlık üzerine olan etkisini vurgulamıştır.^[10]

Kuşkusuz aile hekimliğinin ortaya çıkışının tıbbi temelleri de vardır. Özellikle tıbbi bilgi birikiminin ve tıpta teknoloji kullanımının giderek artması ve buna koşut olarak tıpta gözlemlenen aşırı uzmanlaşma eğilimi genel tıp yaklaşımı alanında boşlukların oluşmasına yol açmıştır. Bu alanda hekimlik uygulaması yapan iç hastalıkları disiplininin aşırı uzmanlaşmayla giderek parçalanması, hasta-hekim arasındaki ilişkilerin bozulmasına ve hasta ile hekimin birbirinden uzaklaşmasına neden olmuştur.

Bir yandan hekimin o zamana kadar var olan büyük otoritesi sorgulanmış ve hastaların bakım sürecine daha çok katılma isteği öne çıkmıştır. Öte yandan ise sağlık yalnızca biyomedikal bir olgu olarak değil, sosyal bir olgu olarak da anlaşılmaya başlamıştır. Hastalıkların ortaya çıkışında tek bir nedenin söz konusu olmadığı, özellikle fiziksel, biyomedikal etkinin yanı sıra ruhsal ve sosyal boyutunun da en az diğeri kadar önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu yaklaşım rahatsızlıkların oluştuğu ve sonuçta iyileşmenin sağlanacağı ortam, bireyin içinde yaşadığı ve çalıştığı çevre ve bu çevrede kurduğu ilişkilerde kavram-sallaşan bağlamın (konteks) önemini artırmıştır. Aile hekimliği ortaya çıkarken ona yüklenen en önemli misyon, hasta ile hekim arasında bozulan ilişkilerin düzeltilmesi görevidir. Bu da aile hekimliğinin esas olarak ilişkiler ve işlevsellik temelinde tanımlanmasını getirmiştir. Bir anlamda aile hekimliğinin iki temel dayanağı; birincisi ilişkiye, ikincisi bağlama yapılan özel vurgudur.^[11]

Bu süreçte toplumun sağlıklıla ilgili beklentilerindeki ve sağlık hizmeti sunumu maliyetlerindeki artışlar da söz konusudur. Bir anlamda yeni tıpta hekim olarak aile hekimlerinden bu maliyetlerdeki artışları düzeltmesi beklenmiştir. Bugün için de maliyet etkili olma, aile hekimlerinden beklenen en büyük katkıdır.

Aile Hekimliğinin ortaya çıkışında, tıp eğitiminin geçirdiği dönüşümün de etkisi vardır. Nedir bu dönüşüm? Patch Adams filmi hatırlarsınız; bu film aslında gerçek bir öyküyü anlatmıştır. Patch Adams'da tıp fakültesi dekanı şöyle bağırır: "Sizlerden birer doktor yaratacağım." Buna karşı olarak da Patch Adams'ın isyanı vardır: "İnsanlara ne olacak? İnsanlar, hastalar, bu kişiler ne olacak? Bunlar neresinde bu sürecin?" Patch Adams aslında o dönemde tıp eğitimindeki daha insancıl yaklaşımın, tıp eğitiminin fakülte duvarları dışına taşması gerektiği söylemlerinin öncüsü ve simgesi olmuştur. Dolayısıyla Aile Hekimliğinin ortaya çıkışında tıp eğitimindeki bu katı tutumdan insancıl yaklaşıma ve insanın ön plana çıktığı bir anlayışa doğru evrilmenin büyük rolü vardır. Diğer bir anlatımla insancıl tıp anlayışı aile hekimliğinin tıp eğitimine bir katkısıdır.

Altmışlı yıllar aynı zamanda düşünsel alanda da dönüşüme damgasını vurmuştur. Aile hekimliğinin ortaya çıkışında düşünsel alandaki bu dönüşümün de etkileri söz konusudur. Önemli bir bilişim devrimi yaşanmaya, bilgiye erişim giderek kolaylaşmaya başlamıştır. Yirminci yüzyı-

lin sonlarında, 21. yüzyılın başlarında bu alanda yaşanan baş döndürücü gelişimlerin tohumları adeta bu dönemde atılmıştır. İnsan hakları kavramı, buna koşut olarak hasta haklarının gelişmesi yine bu dönemde önem kazanmıştır. Altmışlı yılların toplumsal hareketlerinin en temel felsefi dayanağı anti-entelektüalizm olmuştur. Yani rasyonel, resmi, kurumsal hedeflerden ziyade, bu hedeflere ulaşma sürecinin, eylemin kendisinin ön plana çıktığı, bir yandan da entelektüalizmin reddedildiği bir anlayıştır bu.^[9] Bunun aile hekimliğine yansımaları, içerikten ve çıktılardan çok sürece yapılan vurgu olarak görüyoruz. Yani eylemin bizzat kendisi, amacın önüne çıkmış ve hatta bizzat kendisi amaç haline gelmiştir. Dolayısıyla hekimlik pratiğine, hasta-hekim ilişkilerine yansımaları şuydu: “Ne söylediğimiz kadar nasıl söylediğimiz de önemlidir.” Bu aile hekimliğinin doğuş felsefesinin en temel ifadelerinden biridir. Yani bir anlamda aile hekimliğinin ortaya çıkışındaki egemen felsefi yaklaşım, modernite ötesi olarak tanımlayabileceğimiz post-modernizmin etkilerini taşımaktadır.

Aile hekimliğinin ortaya çıkış sürecindeki belki de en temel özellik aynı zamanda bir kimlik bunalımı da yaşaması ve bir kimlik arayışı içinde olmasıdır. Aile hekimliği ilk kez 1969 yılında Birleşik Amerika’da bir disiplin olarak tanımlanırken, Amerikan Tıp Birliğinin Başkanı şöyle bir soru sormaktaydı: “Peki, diğer uzmanlıkların veremediği hangi tür bilgiyi sağlayacaktır aile hekimliği?” Aile hekimliği bunun stresini, anksiyetesini yaşamıştır, bunun arayışı içerisinde büyümüştür, gelişmiştir diyebiliriz. Aile hekimliği bu kimlik mücadelesi içerisinde daha baştan özellikle tıbbi alanda derinlemesine uzmanlaşma yerine, derinlemesine uzmanlıkları çaprazlayan yatay bir uzmanlık olarak kendini tanımlamıştır.^[9] Aile hekimliğinin temel değerleri ve sağlık sisteminin içindeki rolü üzerinde uzlaşının yeterince sağlanamamış olmasının kimlik arayışının sürmesinde önemli etkisi olmuştur.

Aile hekimliği hep ikilemlerle karşı karşıya büyümüştür. En temel ikilem genel tıp bakışı ile uzman bakışı arasında kalma, bir anlamda çoğunluğa yani diğer uzmanlıklara benzer olma ile genel tıp disiplini olarak ayrı bir ses olma isteği arasındaki kutuplaşmadır. Ana biyomedikal kültürün bir parçası olmak isteğiyle ona karşı bir kültür oluşturma isteği arasındaki kararsızlıktır.^[7,12] Bu kutuplaşmanın iki yönünü aslında kavramlarda ve adlandırmalarda da görebiliriz. Bir yandan tarihsel genel pratisyenlik adıyla yeni tipte bir hekimi simgeleyen aile hekimliği adının sürekli çekiştiğini gözlemlerken, diğer yandan aile hekimliğinin, kimlik arayışı sürecinde genel bakış ile uzman bakışını bir araya getirip sentez edebildiği sürece kimliğini bulduğunu ve kendini geliştirdiğini söyleyebiliriz. Gelecek yansıtması açısından bir anlamda bu gerçekliği göz önünde bulunduramamız gerekmektedir.

Aile hekimliği aynı zamanda diğerlerinden, diğer disiplinlerden farklı özelliklerini tanımlayarak da kendi kimliği-

ni bulmuştur. İlişki temelinde sürekli bakım, aile hekimliğinin en temel özelliğidir. Yalnızca hastalığın değil, hastanın yaşadığı rahatsızlık deneyiminin de araştırılması, bireyi bir bütün olarak ve sistemler yaklaşımı içinde anlama, hastanın kendi rahatsızlığına bakışını ve beklentilerini dikkate alarak onunla ortak bir anlayış geliştirme ve bireyin gereksinimlerinin sürüklediği bir hasta hekim ilişkisi oluşturma aile hekimliğinin tıp uygulamasına getirdiği önemli katkılardır. McWhinney bunu şöyle ifade etmektedir:^[11]

Aile hekimliği marjinaldir, çünkü o bazı temel bakımlardan akademik ana yapıdan farklıdır. Tıba yaptığımız başlıca katkı bu farklılıklarda yatmaktadır. Bizim ona benzememizden çok akademik ana yapının bize benzemesi daha olasıdır. Bazı temel yaklaşımları bizden öğreniyorlar; tanınmış testlerin gücünü ve değerini dikkate alan klinik yaklaşımı, hastayla iletişim kurmayı ve görüşmeyi, ilişkileri ve bağlamın değerlendirilmesini...

Ve şöyle devam eder:

Diğer disiplinlerden klinisyenler de hastalarıyla ilişki kurarlar, fakat aile hekimliğinde ilişkiler içerikten önce gelir. Biz onların rahatsızlıklarının ne olacağını bilmeden önce insanları tanırız. Belli bir yer ve zamanda aile hekimlerine sık sunulan durumlar temelinde aile hekimliğinin içeriğini tanımlamak olasıdır; ancak kesinlikle söyleyebiliriz ki bir Aile Hekimi için içerik hastalarının sunacağı her neyse odur.

Aile hekimliği ilişkiler temelinde kendini tanımlayan tek disiplindir. Soyutlamalar yani adı konmuş belli hastalıklar yerine, bir birey olarak hasta temelli düşünme onun temel bakış açısıdır. Mekanik metafordan çok organik metafora dayanır. İnsan bedenini bir makine benzetmesiyle açıklayamayız. Tıp adına yaptığımız hemen her şey doğanın iyileştirici güçlerine dayanmaktadır. Canlı bir organizma olarak insan davranışı genel bilim yasalarıyla tam olarak açıklanamaz. Genel bilimsel ilkelerin özel uygulanmasının doğasında belirsizlik vardır. Organik metafor karmaşık düşünmeyi ve belirsizliği benimsemeyi gerektirir. Parçalardan ziyade bütünü ilgilenen ve bakımı özelleştiren aile hekimliği, karmaşıklığın ve belirsizliğin en üst düzeyde olduğu bir klinik uygulamadır. Diğer yandan aile hekimliği tıp uygulamasına egemen mekanik metafordan kaynaklanan düalistik yaklaşımı aşan tek disiplindir. Zihin-beden ayrımını ortadan kaldırmıştır ve bu temelde kimlik kazanmaktadır.^[11]

Aile hekimliğinin dünyadaki gelişiminin ana dinamiklerini özetleyecek olursak iki temel süreci vurgulamak gerekmektedir. Birincisi, aile hekimliğinin birinci basamakta çalışan uygulayıcı hekimlerin deneyimlerinden ortaya çıkmış olmasıdır. Aile hekimliği yapay oluşturulan bir disiplin, kuramsal bir tanımlama değildir. Sahadaki hekimlerin birinci basamak pratiğinde karşılaştıkları sorunlara çözüm arayışı sürecinde şekillenmiştir. Önce sahada ortaya çıkmış, sonra akademik olarak gelişmiş ve disiplinleşmesini tamamlamıştır. İkincisi ise toplumsal re-

form süreçlerinin büyük etkisi ve belki de buna koşut olarak sağlanan güçlü politik destektir. Aile hekimliğinin ortaya çıkışı ve gelişimi sürecinde sağlık politikacılarının resmi desteği özellikle önemli bir süre aile hekimliğinin arkasında olmuştur.

Şimdi bu perspektifle ülkemizdeki gelişimlere bakacak olursak; Türkiye’de aile hekimliğinin doğuşu ve gelişiminde sosyolojik etkenlerin rolünün çok az olduğunu görürüz. Ülkemizde aile hekimliği yani bir anlamda birinci basamak hekimliğinin disiplinleşmesi süreci sağlık reformu süreçleri ile yakından ilişkilidir. AH 1985 yılında bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmıştır. Oluşturulan ilk uzmanlık eğitimi programlarından ilk aile hekimliği uzmanları 1989 yılı başlarında mezun olmaya başlamıştır. Daha sonra 1993 yılında YÖK kararıyla anabilim dallarının kurulmaya başlamasıyla aile hekimliğinin akademik bir disiplin olarak geliştirilme arzusunun görüyoruz. Kuşkusuz başlangıçta aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tümüyle hastane rotasyonlarından oluşması, ülkemizdeki aile hekimliği gelişimini damgasını vuran en temel dinamiklerdir diyebiliriz.

Aile Hekimliği Uygulama Alanı

Uygulama alanı sorunu Aile Hekimliğinin ülkemizdeki gelişiminde önemli bir yer tutmuştur. Bu, üzerinde çok konuşulan ancak bilimsel temelleriyle yeterince tartışılmayan bir konudur. Yazımın bu bölümüne Türk Tabipleri Birliği (TTB) 2011 Füsün Sayek Raporu’nda yer alan yazımda da dile getirdiğim görüşlerle devam edeceğim.^[13]

Uygulama alanı konusuna birinci basamak kavramını doğru tanımlayarak girmek gerekir. Birinci basamak üç karmaşık düzeyden oluşan bir sistem olarak tanımlanabilir: Yapı, süreç ve çıktılar. Bu üç düzey BB sisteminin temel özelliklerini içinde barındırır. Birinci basamağın yapısı sistemin yönetimi, ekonomik finansmanı ve işgücü geliştirme özellikleriyle ilişkilidir. Bireylerin sağlık sistemine giriş kapısını oluşturma, süreklilik, kapsamlılık ve eşgüdüm sağlama birinci basamağın dört temel süreç özelliğidir. Hizmetin kalitesi, etkili bakım ve sağlıkta eşitliğin sağlanması birinci basamaktan beklenen çıktılardır.^[5] Starfield’e göre birinci basamak bir sağlık bakımı verme düzeyi, sağlık hizmetlerini düzenleme stratejisi ve sağlık hizmeti sunma felsefesi olarak görülebilir.^[1] Aile Hekimliği ise birinci basamak (BB) felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta tıbbi uygulama yapan tıp disiplini ve uzmanlık dalıdır. Aile hekimliği uygulamasının özellikleri birinci basamağı niteleyen temel özelliklerle örtüşmektedir.

Sosyalleştirme ve Sağlık Ocakları

Günümüzde aile hekimliğini anlarken, anlamaya çalışırken geçmişimizi yadsıyamayız. Geçmişimiz nedir? Geçmişimiz sağlık ocağı hekimliğidir. Sağlık ocağı ör-

gütlenmesi ve sağlık ocağı hekimliği aile hekimliğinin gelişiminde önemli bir temeldir, ama kuşkusuz aynı zamanda bir paradokstur. Aile hekimliğinin gelişiminin önüne çıkardığı engeller anlamında da önemli bir geçmiştir. Öncelikle belirtmek gerekirse, pratisyen hekimlerin ve pratisyen hekim örgütlerinin aile hekimliğine yaklaşımları zamana yayılan bir süreç izlemiştir. Başlangıçta bir yadsıma söz konusudur. Birinci basamak hekimliğinin bir disiplin ve uzmanlık olmadığı, birinci basamağın genel tıp hekimliği olduğu yönünde, yani dünyadaki süreçlere paralel bir yadsıma gözlenmiştir. Ama bir süre sonra pratisyen hekim dinamiklerinde de birinci basamak hekimliğinin, pratisyen hekimliğin bir disiplin olduğu kabul edilmeye başlamıştır.

Disiplinin gelişme dinamikleri açısından sağlık sisteminin BB hekimlerine biçtiği görev tanımının etkisi büyüktür. Pratisyen hekim görev tanımı egemenken, yeni görev tanımıyla aile hekimliğinin sahadan gelişmesi oldukça zordu. Bu durum aile hekimliğinin akademik gelişmesinin uygulamadaki gelişiminden hızlı ve ayrı gerçekleşmesinde önemli bir etkidir. Şimdi tüm birinci basamakta yeni görev tanımlarıyla aile hekimleri çalışmaktadır ve aile hekimliğinin saha-akademi bütünleşmesi daha kolay gerçekleşmektedir. Pratisyen hekimlerin ayrı bir disiplin tanımlama girişimleri ise etkisini giderek yitirmiştir.

Aile hekimliği tanımı ve temel özellikleri bakımından, sağlık ocaklarında yapılan hekimlik uygulaması, aile hekimliği uygulama özelliklerinin önemli bir kısmının gereğini yerine getirmekteydi. Sosyalleştirme uygulamasıyla birinci basamağın, bireylerin sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturması öngörülmüştür. Sevk zincirinin sağlanamamış olmasına karşın, sağlık ocakları bu özelliği önemli ölçüde karşılamış ve bireyler birinci basamakta sunulan hizmetlere doğrudan ulaşabilmişlerdir. Güçlü bir ekip çalışmasıyla, halk sağlığı hizmetleri de içinde olmak üzere birinci basamakta sunulan hizmetler başarıyla koordine edilmesine karşın, basamaklar arası bağlantı yeterince oluşturulamamış ve bireye sunulan tüm tıbbi hizmetlerin koordinasyonu sağlanamamıştır. Sağlık ocaklarında yaş, cinsiyet ve rahatsızlık/hastalık ayırımı yapmaksızın bireyin tüm sağlık sorunlarıyla, sağlığın korunması ve geliştirilmesiyle ilgilenen kapsamlı bir yaklaşım söz konusuydu. Bununla birlikte, tıbbi donanım, tıbbi teknik girişimlerin yapılması ve kronik bakım gerektiren hastalıkların izlenmesi bakımından yaşanan sorunlar sağlık ocaklarında sunulan, özellikle klinik hizmetlerin kapsamını daraltmış ve birinci basamak zamanla reçete yineleme noktaları konumuna gelmiştir.

Sağlık ocakları nüfus temeline göre örgütlenmişti. Buralarda çalışan pratisyen hekimlerin kendilerine kayıtlı nüfusları (hasta listeleri) yoktu. Bu durum sağlık ocağından hizmet alan kişilerin pratisyen hekimlere bire bir bağlanmasını engellemiş ve hizmetin zamana yayılan (longitudi-

nal) sürekliliğini zayıflatmıştı. Sürekli bakım sağlık ocağı bütününde ekip çalışmasıyla ve özellikle kayıtlarla sağlanmaya çalışılmıştı. Klinik desteğin yeterli olmaması ve sevk zincirinin kurulamaması, bakımın bilgiye dayalı süreklilik özelliğini etkisiz kılmıştı. Hasta kayıtları, bakımda sürekliliği sağlamada destekleyici bir işlev görmekle birlikte, hekimle hasta arasındaki iletişimi ve güveni sağlamaktan uzaktı (ilişkiye dayalı süreklilik). Zaman içinde hastalığa değil kişiye, onun gereksinim ve tercihlerine odaklanmış bakım sunmayı tanımlayan kişiselleşmiş sürekli bakım sağlık ocağı örgütlenmesinin en zayıf karnıydı.^[5,8]

Sonuç olarak, aile hekimliği uygulama ilkeleri açısından sağlık ocaklarında yapılan uygulamanın, geliştirilmesi gereken üç temel yönü bulunmaktaydı. Birincisi, kişiselleşmiş sürekli bakımın güçlendirilmesiydi. Bunun için yapılması gereken nüfus temeline göre tanımlanmış sağlık ocağı bölgeleri içinde hekimlerin kendi hasta listelerini oluşturmalarını sağlamaktı. İkincisi, birinci basamak hekiminin görev tanımıyla ilişkiliydi. Pratisyen hekimin görev tanımı hükümet tabipliğinden aktarılanlarla birlikte oldukça yoğun iş yükünü içermektedir. Değişen toplumsal, ekonomik ve demografik koşulların ve tıbbi uygulama özelliklerinin birinci basamak hekimine yeni görevler eklediğini de düşünürsek, bu görev tanımının gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bu konuda yapılması gereken, kamuya (topluma) ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılarak, eşgüdüm içinde çalışan başka bir ekip tarafından yürütülmesi ve aile hekiminin kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle iyileştirici sağlık hizmetlerini üstlenmesiydi.

Aile hekimliği temel uygulama özellikleri yeni tipte bir hekim gerektirmiştir. Yalnızca tıp fakültesini bitirmiş bir hekimin tıbbi bilgi ve becerileriyle aile hekimliği uygulamasının başarılı bir şekilde yapılması olası değildir. Dolayısıyla birinci basamak hekimi özgün bir meslek/uzmanlık eğitimi almalıdır. Bu da sağlık ocaklarında yapılan hekimlik uygulamasının geliştirilmesi gereken üçüncü yönünü oluşturmaktaydı.

Siyasal ve toplumsal nedenlerle ana felsefesini yaşama geçirmesinin önüne sürekli engeller çıkarılmış olmasına karşın, “sosyalleştirme” reformu ülkemizde halkın sağlığının gelişmesine önemli katkılar sağlamıştır. Toplumun ve ekonomisinin temel yönünü serbest piyasa kurallarına göre şekillendiren Türkiye’de, tümüyle sosyal devlet anlayışıyla şekillenen kamucu bir yaklaşımı benimseyen “sosyalleşmiş” sağlık hizmetlerinin sürekli engellerle karşılaşması, olağan dışı bir durum olarak görülmemelidir. 224 sayılı yasada öngörülen ve reformu bütünleyen bazı uygulamaların gerçekleştirilememesi ve ülke çapında yaygınlaştırılmasının geciktirilmesi, sağlık ocaklarının başarıları üzerinde hep köstekleyici etki oluşturmuştur.

Devlet yapısı içinden gelen “anti-sosyalleştirme” eleştirisi, “sosyalleştirme” hareketinin kendisinde de kar-

şı tepki oluşmasına yol açmıştır. Bu savunucu tutum sağlık sisteminin kendini geliştirici ve yenileyici karakter kazanmasını engellemiştir. Bu durum, zamanla ve giderek, sağlık ocaklarının toplumsal gerçeklikle arasının açılmasına neden olmuştur. Sonuç olarak, biriken sorunlar 1980’li yıllardan sonra sağlık sektöründe başka arayışların gerekçesi ve başlangıç noktası olarak kullanılmıştır.

Aile Hekimliği Uygulaması

Kendini yenilemeyen sistem, yeni sistem arayışlarını “haklı” kılmaya başlamıştır. 2002 yılında uygulanmaya başlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programının” temelleri 1980’li yıllarda atılmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi bölümünde birçok çalışma yapılmış, rapor hazırlanmış ve bunlar 90’lı yıllarda güncellenerek, geliştirilerek olgunlaştırılmıştır. Tüm bu süreçte, sağlıkta “reform” tasarılarının merkezinde hep “aile hekimliği” kavramı yer almıştır. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin tıpta uzmanlık eğitimi tüzüğüne girmesi, asistan alımlarının başlaması, anabilim dallarının kurulması bu süreçle koşut gitmiştir. Ancak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde reform arayışları sürecinde aile hekimliği adının sürekli yer alması, aile hekimliğinin bir tıp disiplini ve uzmanlık alanı olarak tanımlanmasından çok, sağlıktaki dönüşümlerde güncel, gözde, yükselen bir değer olarak toplum üzerindeki olumlu etkilerinin kullanılması şeklinde olmuştur. Özü itibarıyla finansman boyutu ön planda ve hekimlik uygulama boyutu zayıf olan bu “reform” sürecinin etkisiyle, aile hekimliği birinci basamağın özel sektör kurallarına göre örgütlenmesinin bir “sistemi” olarak sunulmuş ve algılanmıştır. Bu, aile hekimliğinin ülkemizdeki temel gelişim paradoksudur.

Ülkemizde birinci basamak hekimliğinin bir disiplin olduğunun tüm tıp camiası tarafından benimsenmesi uzunca bir süreç almıştır. Sosyalleştirme örgütlenmesinin temel hekim tipinin pratisyen hekim olması ve sağlık ocağı gereklerine uygun bir tıp eğitimi almış tıp fakültesi mezunlarının sağlık ocağı görevlerini yerine getirebileceğini öngörmesi, uzun yıllar pratisyen hekimliğin bir uzmanlık alanı olmadığı anlayışının benimsenmesine yol açmıştır. Dolayısıyla 1980’li yıllarda Aile Hekimliğinin bir uzmanlık alanı olarak tanımlanması ve uzmanlık eğitimlerinin başlatılması sahadan gelen bir gereksinim ve talep sonucunda değil, resmi hükümet ve ilgili kurul kararlarıyla mümkün olmuştur. Aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim serüveninin başlamasında resmi destek başat rol oynamıştır. Burada hemen belirtmek gerekir ki, Sağlık Bakanlığının bu resmi desteği daha çok Sağlıkta Dönüşüm Programının birinci basamak bileşeninin aile hekimliği uygulaması üzerinden tasarlanmış olmasına dayanmıştır. O nedenle destek esas olarak “aile hekimliği” ismine olmuştur; bir disiplin ve uzmanlık alanı olarak Aile Hekimliği bu desteği yeterince görmüş değildir.

Aile hekimliğine resmi desteğin, mevcut birinci basamak örgütlenmesine karşı reform arayışlarıyla koşut ola-

arak gelişmesi, hekim örgütlerinin birinci basamağın disiplinleşmesi konusunda savunmacı tepkiler geliştirmesine yol açmıştır. Seksenli yılların sonuna doğru gözlenen bu dinamikler, aile hekimliği uzmanlığının gelişme sürecinde bugün bile henüz tam olarak giderilemeyen akademi-saha tartışmalarının temellerini oluşturmuştur. Aile hekimliğinin akademik gelişimi ile birinci basamak saha uygulamaları arasındaki kopukluk, aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişiminin bir diğer temel dinamiğidir.

Aile Hekimliği uzmanlığının ülkemizdeki gelişiminin başlangıç yıllarında Akademik Aile Hekimliği öne çıkmıştır. 1993 yılındaki Yüksek Öğretim Kurulu kararıyla, birçok üniversitede Aile Hekimliği anabilim dalları kurulmaya ve aile hekimi akademisyenler akademik kadrolara atanmaya başlamıştır. Akademik aile hekimliğinin gelişimi uzun bir süre sahadan (sağlık ocaklarından) kopuk gerçekleşmiştir. Kuşkusuz bunda akademik birimlerimizin sorumluluğu en alt düzeydedir. Çünkü daha baştan itibaren tüm aile hekimliği akademisyenleri, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin (TAHUD) kurulduğu günden bu yana savunduğu görüşleri desteklemişler ve akademik birimlerin sağlık ocağı bağlantısının kurulması zorunluluğunu dile getirmişlerdir. Bu bağlantının oluşturulamaması nedeniyle anabilim dalları kendi polikliniklerini kurarak birinci basamağa entegre olmaya çalışmışlardır. Aile sağlığı merkezlerine (ASM) geçişle birlikte bu çabaları artarak sürmüştür. Bu yazının basımına hazırlandığı sıralarda yayınlanan yönetmeliğin* konuyla ilgili bölümleri, bu konudaki çabaların sonuç vereceğine ilişkin önemli bir gelişme olarak değerlendirilmelidir.

Başlangıçta ve uzun süre tümüyle rotasyonlarından oluşan Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatıyla mezun olan AH uzmanlarının, başta sağlık ocakları olmak üzere BB sağlık kuruluşlarına atanmaması, akademi saha bütünleşmesinin sağlanamamasının en temel nedenlerinden biridir. Burada iki yönlü bir etki görüyoruz. Bir yanda hekimleri görevlendirmede yetkili organ olarak Bakanlık, AH uzmanlarını özellikle ikinci basamak hastanelere atamaya çalışırken, diğer yandan AH uzmanları da, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışma yönünde istekli olmamış ve Bakanlığın uygulamalarına tepki göstermişlerdir. Bunda AH uzmanlarının büyük ölçüde hastane temelli eğitilmiş olmalarının etkisi büyüktür. Tümüyle hastane rotasyonlarına dayanan bir uzmanlık eğitimi ve sonrasında ikinci basamak ağırlıklı çalışma, aile hekimliğinin uygulama alanı konusunda kafa karışıklığına yol açmıştır. Aile sağlığı merkezlerinde çalışmaya başlayınca kadar, aile hekimliğinin sahasının tüm sağlık sistemi olduğu ve aile hekimlerinin her basamakta çalışabileceği yönündeki anlayış aile hekimleri arasında azımsanmayacak

kadar etkin olmuştur. Bu bakış AH uzmanlarının bir kısmında, birinci basamak ortamlarda (sağlık ocağı, ASM) çalışmamaları gerektiği noktasına kadar gitmiştir.

Bazı akademik çevrelerden ve bizzat birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlerden gelen, aile hekimliğinin birinci basamak hekimliği olmadığı ve aile hekimlerinin Birinci Basamakta çalışmaması gerektiği yönündeki yaklaşımlar da eklenince, AH uzmanlarının uzunca bir süre ağırlıklı olarak birinci basamakta yer almaması olağan bile görülmüştür. Aile Hekimliği akademik birimlerinin ve TAHUD'un aile hekimliğinin uygulama alanının birinci basamak olduğu ve AH uzmanlarının ve akademisyenlerinin birinci basamak ortamlarda çalışmasının yasal düzenlemelerinin yapılması gerektiği yönündeki çabalarına karşın bu durum, AH uzmanlarının birinci basamak ortamlara girmesinden huzursuz olan çevrelerce, Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin zaafı olarak da kullanılmıştır. Sonuçta uzmanlık eğitimi müfredatında birinci basamak ortamlarda eğitimin olmadığı, AH uzmanlarının birinci basamak hekimliği yönünde eğitim almadıkları ve dolayısıyla birinci basamağı temsil edemeyeceği yönündeki eleştiriler aile hekimliğini bir kısır döngüye sokmuştur. Bu anlayış özellikle halk sağlığı çevrelerince, üniversitelerde temel tıp eğitiminde yer bulmaya çalışan AH akademisyenlerine karşı da sürdürülerek, sahada eğitim almamış olan AH akademisyenlerinin tıp öğrencilerine sahada eğitim veremeyeceği noktasına kadar götürülmüştür.

1990'lı yılların başlarında TTB, pratisyen hekimlerin sorunlarının çözümünde ayrı bir mesleki eğitimi öngörmüş ve bu anlayış giderek birinci basamak için bir uzmanlık eğitiminin kabulüne dönüşmüştür. Bu süreçte, Genel Pratisyenlik Enstitüsünün ve Pratisyen Hekim Derneğinin aile hekimliğine karşı geliştirdikleri "pratisyen hekim" söylemlerini ve aile hekimliğinden ayrı bir disiplin tanımlama ve uzmanlık eğitimi programı oluşturma girişimlerini görüyoruz. Bu sürece damgasını vuran bir diğer olay da konu ile ilgili oluşan kavram kargaşasıydı. Tüm dünyada tek bir disiplin olarak tanımlanan Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik kavramı, ülkemizde birinci basamakta gerçekleştirilmekte olan reform girişimlerinin aile hekimliği adıyla anılmasının da etkisiyle yapay bir şekilde ikiye ayrılmıştır. Birinci basamak hekimlerinin meslek/uzmanlık eğitimi almaları gerekliliğinin tanınmaya başlanmasıyla birlikte, Aile Hekimliği disiplini ve uzmanlık alanının akademi ve saha bileşenlerinin bütünleştirilmeye çalışılması yerine, sahadan gecikmeli de olsa yeni bir "genel pratisyenlik" disiplini tanımlama refleksi gelmiştir. Maddi temele dayanmayan ve bu nedenle zaman içerisinde giderek eriyen bu tartışmalar, günümüzde yerini uzmanlaşmanın yaygınlaştırılması ile

*Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Sekizinci Bölüm: Eğitim Aile Sağlığı merkezleri ve Eğitim Aile Hekimliği Birimlerine İlişkin Usul ve Esaslar. 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmî Gazete.

İlgili farklı görüşlerin mücadelesine bırakmıştır. Ancak o dönemde yaşanan gerginliklerin izlerini hala bireysel ya da örgütsel düzeyde görmek olasıdır.

Akademi ve Uygulamanın Birliği

Aile hekimliğinin geleneksel genel pratisyenlikten en temel farkı, onun akademik ve bilimsel bir tıp disiplini haline gelmesidir. Kuşkusuz aile hekimliğinin temel ilkelere göre şekillenmiş bir hekimlik uygulamasına gerekmemiz vardır. Uygulama önemlidir ve uygulama olmadan disiplinleşme olası değildir. Ancak aile hekimliği, ülkemizde başlatılan aile hekimliği uygulamasıyla ya da herhangi bir aile hekimliği uygulama modeli ile özdeşleştirilemez. Öte yandan ancak akademik gelişme söz konusu olduğu sürece, aile hekimliği bir disiplin haline gelir ve disiplin olarak kalmaya devam eder.

Akademi bir anlamda kuramdır. Kuramın kılavuzluğu olmadan uygulama kendini geliştiremez ve disiplinleşmez. Yani bir anlamda akademik aile hekimliği; aile hekimliğinin disiplinleşme sürecinin olmazsa olmazıdır. Günümüzde ülkemizdeki temel sorunları aşmamızın en temel başlangıç noktalarından biri de, kuramsal ve uygulama düzeylerinde akademiyle sahanın bütünleşmesinin sağlanmasıdır. Bir takım temel sorunlarımız ve kaygılarımız vardır. En temel kaygımız ise eğitimidir. Çünkü aile hekiminin kendi kimliğini bulması eğitim süreçlerinden geçmektedir. Akademik yol göstericiliği olmadan uygulamayı geliştiremeyiz, disiplinleşemeyiz. Dolayısıyla uzmanlık eğitimiyle ilgili sıkıntılar aile hekimliği disiplininin gelişimi açısından temel tehdittir.

Sonsöz

2005 yılında başlayan aile hekimliği uygulaması farklı bakış açılarından farklı eleştiriler almıştır. Değerlendirmeler daha çok siyasal ve ideolojik boyutlarda yapılmış, ancak aile hekimliği uygulama özelliklerini temel alarak yapılan değerlendirmeler sınırlı kalmıştır.

Aile Hekimliğinin bir disiplin olarak gelişmesi ve hak ettiği yere ulaşması için ülkemizde daha atılacak birçok

önemli adım bulunmaktadır. Öncelikle birinci basamağın sağlık sistemlerinin temeline alınması gerekliliğinin içselleştirilmesi ve aile hekimliği uzmanlığının birinci basamak-taki rolünün doğru olarak kavranması gereklidir.

Sonuç olarak, aile hekimliğinin gelişim süreci ülkemizde kendine özgü dinamikler göstermektedir. Bu dinamiklerin farkına varmak, onları iyi tanımlamak ve analiz etmek, aile hekimliği disiplininin gelişiminin önündeki sorunların çözümünü kolaylaştıracak ve dolayısıyla ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamağının güç kazanmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009; 7:293-9.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı ve T.C. Yükseköğretim Kurulu. Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu. Ankara: Uyumajans; Mart 2008.
3. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. Oxford: Oxford University Press; 1998.
4. Van Weel C. Lower respiratory tract infection: variation in care, disease definitions, and the nature of primary care. *Prim Care Respir J* 2011;20: 231-2.
5. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
6. World Health Organisation. Developing the new European policy for health - Health 2020./07 110419. World Health Organisation; 2011.
7. Stein HF. FM as a meta-specialty and the dangers of overdefinition. *Fam Med* 1998;30:637-41.
8. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe, 2002.
9. Stephens GG. Developmental assessment of family practice: an insider's view. In: Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB, editors. Family Medicine: The Maturing of a Discipline. First edition. New York: The Haworth Press; 1987. p. 1-21.
10. Freeman T. Family Medicine's academic contributions. Family Medicine Research Days, İzmir, Turkey. *Türk Aile Hek Derg* 2012;16:181-98.
11. McWhinney IR. The importance of being different Part 1: the marginal status of FM. *Can Fam Physician* 1997;43:193-5.
12. Stein HF. Family medicine's identity: being generalist in a specialist culture. *Ann Fam Med* 2006;4:455-9.
13. Başak O. Türkiye'de aile hekimliği uzmanlığı süreci ve sosyalleştirme. Türk Tabipleri Birliği Füsün Sayek Raporları/Kitapları 2011: Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı içinde. Ankara, 2012.